C32) Machtiging tot de tegemoetkoming in de kosten van enterale voeding via sonde ten huize

ZIEKENFONDS, GEWESTELIJKE DIENST OF KAS DER GENEESKUNDIGE VERZORGING:

....

Volgnummer van de machtiging:

De ondergetekende, adviserend-arts, machtigt de tegemoetkoming in de kosten van enterale voeding via sonde ten huize

van ……………………………………tot……………………………………………

(Maximum 12 maanden voor de 1ste aanvraag – Maximum 12 maanden voor verlenging)

Rechthebbende

Naam : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Voornaam : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Adres : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Geboortedatum : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
INSZ : |_|_|_|_|_|_| |_|_|_| |_|_|

Adviserend-arts

Naam : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Voornaam : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Datum : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Stempel	Handtekening van de adviserend-arts